

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 18 janvier 2022, a adopté le texte de ce rapport par 98 voix pour, 4 voix contre et 9 abstentions.

Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre.

J.P.Olié (rapporteur) , B.Bioulac, D.Bontoux, L.Collet, A.Durrleman , B. Falissard (co-rapporteur), C.Giudicelli , JJ Hauw, J.M.Léger , F.Salat -Baroux , A.Spira, R.J.van der Gaag .

Groupe de travail rattaché à la commission 5 : J.Adès, J.F.Allilaire ,C.Barthélémy, B.Bioulac, D.Bontoux, L.Collet, A.Durrleman, B.Falissard, C.Giudicelli, M.T.Hermange, P.Jaury, D.Lecomte, M.Lejoyeux, J.M.Léger, D.Moussaoui, P.Netter, J.P.Olié, F.Salat-Baroux, A.Spira, R.J.van der Gaag

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec ce rapport.

Résumé.

L'efficacité thérapeutique des psychothérapies contre certains troubles tels que phobies, troubles dépressifs ou troubles addictifs est démontrée. La diversité des méthodes psychothérapeutiques impose une évolution de l'organisation d'une offre jusqu'ici trop peu lisible. La compétence en psychothérapie ne devrait être reconnue qu'à la condition d'une formation initiale clairement définie garantissant au patient un parcours de soin adapté à ses besoins et un choix de la thérapeutique proposée y compris non médicamenteuse. L'examen médical préalable à l'engagement dans une psychothérapie devrait assurer que l'indication le justifie parce que susceptible d'améliorer la symptomatologie et son pronostic. La solidarité nationale ne saurait être engagée sans ces garanties.

Abstract

Different types of psychotherapy have demonstrated their efficacy in treating phobias, depressive disorders or addictive disorders. The diversity of psychotherapeutic methods makes it difficult for the patient to choose one or another method: an evolution of the offer in psychotherapy is needed towards more readability to facilitate patient orientation before starting such a treatment. The medical examination prior to engaging in psychotherapy should ensure that the indication justifies it because it is likely to improve the symptomatology and its prognosis. Criteria defining professional training to access this competence must be better defined. Research programs must be designed and funded to better specify the indications for each psychotherapy, their effectiveness and thus justify the payment by national solidarity.

Key Words: psychotherapy; training in psychotherapy; psychotherapy efficacy

A- Le vaste domaine des psychothérapies

Le champ des psychothérapies regroupe une grande diversité d'offres en référence à des théories, des pratiques, voire des objectifs différents.

Les thérapies interpersonnelles (TIP) basées sur une écoute et des conseils, les thérapies psycho-dynamiques (TPD) basées sur l'analyse des données de l'histoire de la personne, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour une mise à jour des modes de pensées perturbateurs sont les plus utilisées pour répondre aux besoins d'une personne confrontée à une souffrance psychique qu'elle ne peut résoudre seule.

Les thérapies systémiques ou familiales cherchent à identifier les déterminants des interactions socio-familiales, et les aspects dysfonctionnels qu'il serait possible de résoudre.

Les techniques de remédiation cognitive centrées sur la ré-éducation des déficiences cognitives préalablement objectivées sont classées parmi les psychothérapies tout comme l'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), la méditation ou l'hypnose. Il existe des centaines de techniques psychothérapeutiques, certaines d'usage peu répandues.

Le point commun des psychothérapies est de reposer sur un échange verbal structuré entre le thérapeute et la personne en psychothérapie : « la psychothérapie est principalement un traitement interpersonnel qui est basé sur des principes psychologiques et qui implique un thérapeute formé et un client qui a un trouble mental, un problème ou une plainte... le traitement est adapté ou individualisé pour ce client particulier et son trouble, son problème, ou sa plainte » (1)

Des outils de médiation non verbale (artistique, physique...) peuvent être utiles pour faciliter l'échange entre thérapeute et patient. Des groupes de parole ou centrés sur une activité (psychodrame, création...) animés par un ou plusieurs thérapeutes peuvent avoir un objectif psychothérapeutique. Ceci est notamment pratiqué dans des structures de soins psychiatriques tels que les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou hôpitaux de jour existant notamment dans l'offre publique de psychiatrie.

° *EMDR : stimulation sensorielle par mouvements oculaires permettant un décodage de souvenirs traumatiques*

Pour structurer l'offre psychothérapeutique il convient de distinguer :

1-les actions de soutien psychologique lors d'une étape de vie difficile occasionnant désarroi voire anxiété, troubles du sommeil: cette offre vise à prévenir l'émergence d'une pathologie mentale caractérisée (trouble dépressif mélancolique, crise suicidaire, trouble psychotique....) dont il est établi qu'elle est souvent précédée par de telles manifestations sub-syndromiques après une accumulation d'événements de vie négatifs ;

2-les psychothérapies visant à prévenir les risques de récurrence d'un trouble psychiatrique caractérisé tel que le trouble bipolaire;

3-les psychothérapies ciblées sur un trouble psychique relevant d'une modalité de traitement psychologique: trouble phobique, trouble dépressif, pathologie addictive.....

Il convient donc de prendre en compte que les psychothérapies peuvent avoir une visée tantôt prophylactique tantôt curative d'un trouble psychique.

B- La place des psychothérapies dans notre environnement social

La perception des psychothérapies (et des psychothérapeutes...) est porteuse d'ambiguïtés. Pour une part de nos concitoyens une demande de psychothérapie serait un aveu de faiblesse, voire stigmatisante. A l'opposé, on connaît l'engouement de la littérature du 20^{ème} siècle aussi bien que du cinéma ou des médias pour la théorie psychanalytique. A cela s'ajoute désormais la vogue de la méditation auréolée d'un parfum de cultures lointaines.

Le choix de la psychothérapie et du psychothérapeute est une étape cruciale pour un parcours de soins qui doit garantir le choix de la meilleure modalité de traitement pour corriger les

dysfonctionnements psycho-comportementaux: le patient doit recevoir une information claire et compréhensible sur les avantages et inconvénients de la méthode proposée. Ceci suppose que le psychothérapeute ne soit pas en situation d'allégeance aveugle à l'endroit de sa référence théorique ou de sa modalité d'exercice.

Les mérites de la psychanalyse, de la méditation, de l'hypnose ou d'autres pratiques sont volontiers vantés par leurs adeptes trop souvent peu enclins à reconnaître la validité d'autres méthodes psychothérapeutiques ou la nécessité d'une évaluation scientifique des pratiques qu'ils promeuvent.

Au caractère trop peu lisible des offres s'ajoute l'hétérogénéité des cibles éventuelles des psychothérapies qui peuvent être utiles pour des personnes confrontées à des domaines hors du champ des maladies : éducation, difficultés conjugales, difficultés relationnelles dans le domaine professionnel... Pour répondre à cela nombre de pays ont mis en place des programmes de promotion de la santé mentale (2): conseils d'hygiène de vie, incitation à l'activité physique, programmes de psycho éducation... L'incitation actuelle à former des « secouristes » de la crise psychique en milieu professionnel procède du même principe: tirer profit d'actions telles que aide à la gestion de l'emploi du temps et des relations interpersonnelles, formation à l'identification des facteurs de stress et des symptômes émotionnels...

La croyance a priori en la toute-puissance de l'écoute de la plainte est un risque à ne pas négliger. Nul ne saurait nier la valeur de l'échange verbal entre soignant et soigné: pour autant, on ne doit pas y supposer une valeur thérapeutique universelle. L'écoute empathique ne dispense ni de la vigilance clinique, ni de l'inventaire des outils thérapeutiques susceptibles de soulager mieux la souffrance voire d'aider à la guérison.

C-Indications et efficacité des psychothérapies

Selon les recommandations de bonnes pratiques plusieurs catégories pathologiques relèvent en priorité d'une psychothérapie: trouble de la personnalité de type « border line », état de stress post traumatique (PTSD), trouble addictif y compris trouble des conduites alimentaires (TCA)... La Haute Autorité de Santé recommande que le traitement en première intention d'un état dépressif d'intensité modérée soit psychothérapeutique avant la mise en route d'une éventuelle pharmacothérapie anti-dépressive.

Les données de la littérature affirment même une perte de chance en cas de non prescription d'une psychothérapie dans les situations suivantes : trouble phobique (l'efficacité des TCC étant supérieure à celle des médicaments psychotropes), trouble obsessionnel-compulsif (TOC) , trouble dépressif d'intensité légère ou modérée l'efficacité des TCC étant soit équivalentes à celle des chimiothérapies soit pouvant leur être associées y compris dans des cas de pharmaco-résistance (3)

En 2004 une expertise de l'INSERM (4) a conclu à l'efficacité sur divers troubles psychiques des 3 catégories de psychothérapies considérées dans cette expertise: psycho-dynamique, cognitivo-comportementale, systémique. On ne saurait cependant en conclure qu'une psychothérapie est équivalente à une autre quelle que soit la pathologie, quel que soit l'objectif.

La question des déterminants d'efficacité d'une psychothérapie est posée. Il apparaît que la qualité de l'alliance entre psychothérapeute et patient est un déterminant majeur: l'alliance repose sur la qualité de la relation, l'accord sur les buts et la méthode de traitement. L'ouverture du thérapeute à l'écoute de la souffrance, sans biais nourri par un a priori théorique est un autre garant d'efficacité.

En dehors de leurs indications classiques, les psychothérapies sont des accompagnements utiles pour satisfaire aux besoins de patients porteurs de pathologies somatiques chroniques (obésité, diabète, cancer...) notamment soutenir la motivation du patient dans le programme de soins nécessité par la maladie somatique.

S'ajoutent les demandes de suivi socio-judiciaire prononcées par l'autorité judiciaire pour des personnes déviantes ou délinquantes. Reste à dire si le terme de psychothérapie est toujours justifié.

Il n'est pas de thérapeutique efficace sans effets indésirables. Ceux-ci sont trop rarement évoqués concernant les psychothérapies. Ils existent pourtant bel et bien: altération de l'estime de soi, construction de faux souvenirs, reviviscence de situations traumatiques.

Enfin, la reconnaissance du mode d'action d'une psychothérapie reste à définir: effet spécifique? effet de co-construction d'une histoire entre thérapeute et patient dans le cadre d'un processus adossé à une théorie de la vie psychique? simple effet placebo?

D-Quid des corrélats neurobiologiques ?

Depuis les années 1990, des études en neuro-imagerie ont tenté de mettre en évidence les modifications cérébrales produites par les psychothérapies. Ces approches ont fait appel à différentes méthodes: imagerie par résonance magnétique structurale ou fonctionnelle (IRM ou IRMf) , tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par émission monophonique (SPECT)... et fourni des informations sur les structures et leurs fonctions: activation de la circulation cérébrale locale (regional cerebral blood flow ou rCBF) et du signal dit signal BOLD (Blood Oxygen Level Dependent) dépendant du niveau d'oxygène sanguin, mesure du métabolisme du glucose grâce à des marqueurs tel le 18F-FDG (glucose marqué au fluor-18).

Ces études ont testé les effets de différents types de psychothérapie: TCC, TIP, TPD, EMDR... essentiellement pour les pathologies suivantes: TOC, phobies, PTSD, dépression, trouble de personnalité border-line... Elles ont objectivé des modifications de l'anatomie et/ou du fonctionnement cérébral induites par une psychothérapie, notamment TCC, méditation, PI et PPD (5). Par une activation de la plasticité cérébrale les psychothérapies produisent des améliorations cliniques de pathologies telles que TOC, trouble anxieux (phobies, ESPT... et dépression, les anomalies observées dans ces pathologies étant le plus souvent situées dans l'hémisphère droit et localisées sur des structures intégrées dans les boucles orbito-frontale et limbique régulatrices des émotions (6).

L'imagerie couplée aux radio-ligands éclaire, pour partie, certains mécanismes moléculaires sur lesquels la pharmacothérapie et les psychothérapies ont un impact. De plus, des changements plus structuraux pourraient résulter des psychothérapies, telles des modifications d'ordre épigénétique.

La détection de tels corrélats ne doit pas inciter à des explications physiopathologiques réductionnistes: démêler ce qui est cause ou conséquence demeure d'une grande complexité.

E-Formation et droit au titre

La maquette pour l'obtention du diplôme d'études spéciales (DES) en psychiatrie prévoit que le futur psychiatre apprenne durant les 4 semestres de la phase de sa formation, dite phase d'approfondissement, les bases et principes des diverses psychothérapies afin de savoir « proposer le suivi psychothérapeutique le plus approprié ». Dans la même étape, les stages doivent comporter des « supervisions cliniques hebdomadaires par un psychiatre ...portant sur le projet de soins et de suivi du patient ». La qualification en psychiatrie ouvre automatiquement droit au titre de psychothérapeute: les représentants des psychiatres et les représentants des psychiatres en formation entendent conserver ce droit au titre.

La maquette de formation à la médecine générale prévoit la participation à des groupes de formation à la relation thérapeutique. Il n'existe pas d'obligation de stage pratique autre que chez le médecin généraliste, le projet d'une obligation de stage en psychiatrie n'ayant pas abouti.

Il n'existe pas de maquette nationale pour la formation des futurs psychologues. Chaque université a la charge de déterminer le contenu des enseignements théoriques et pratiques.

Le titre de psychothérapeute n'a pas valeur de qualification professionnelle: il indique une compétence que peuvent revendiquer divers professionnels, au premier rang psychologues et médecins.

On ne peut méconnaître l'importance de la notion de supervision d'un apprentissage à la pratique d'une psychothérapie : elle devrait figurer dans les maquettes de formation aux professions susceptibles de donner accès au titre de psychothérapeute.

En France le titre de psychothérapeute est protégé (Article 52 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 et Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010), étant réservé à des personnes titulaires d'un diplôme de niveau Master (Art 1er) en psychopathologie ou en psychanalyse et aux titulaires d'un doctorat en médecine qui satisfont à des exigences de formation complémentaire :

-pour les médecins non qualifiés en psychiatrie, il s'agit de 200 heures de formation théorique et 2 mois de stage;

-pour les titulaires d'un master de psychologie, une dispense de formation théorique est accordée, mais demeure une obligation de deux mois de stage si le candidat n'a pas effectué son stage professionnel en psychopathologie clinique;

-pour les psychanalystes enregistrés dans les annuaires, sont requis 200 heures théorique et de formation théorique et deux mois de stage.

Un dispositif complémentaire est prévu, comprenant 400 heures de théorie et 5 mois de stage pour les candidats qui répondent aux conditions minimales d'accès à la formation sans pouvoir user du titre de psychologue.

Les thèmes de ces formations post master sont: développement, fonctionnement et processus psychiques; discernement des grandes pathologies psychiatriques; théories se rapportant à la psychopathologie; principales approches psychothérapeutiques.

Il manque une définition du contenu des stages et une mention d'obligation d'apprentissage en supervision.

Et, in fine, l'Agence Régionale de Santé a mission d'enregistrer dans son territoire la liste des professionnels dont est reconnue la compétence en psychothérapie.

F- L'organisation de l'offre aujourd'hui en France et en Europe -

En France, à peine plus de 20% des personnes confrontées à un trouble psychique trouvent une aide auprès d'un psychologue (contre plus de 60% aux Pays-Bas). Au total, 60% des actes de psychothérapie sont effectués par des psychiatres.

Dans le secteur privé le remboursement, jusqu'ici limité aux seuls actes médicaux, participe à cette médicalisation des actes de psychothérapie. Au passage, ceci pose la question du bon usage des compétences du spécialiste en psychiatrie : est-il de le limiter à l'exercice d'une forme de psychothérapie comme ce peut être le cas ? Pour limiter le temps du psychiatre consacré à l'exercice de la psychothérapie, certains pays ont mis en place une différenciation tarifaire entre acte de consultation et acte de psychothérapie, les honoraires pour acte psychothérapeutique étant à un niveau nettement inférieur.

L'offre de psychiatrie publique gratuite sur l'ensemble du territoire dans le cadre de la sectorisation s'avère de plus en plus dans l'impossibilité de faire face à l'ampleur de la demande : d'avis psychiatriques et aussi de prises en charge psychothérapeutiques.

L'activité de psychothérapeute figure parmi les 5000 professions réglementées au sein de la Communauté Européenne (EU) et pays associés (Confédération Helvétique, Norvège, Lichtenstein)-(7). Ni en France, ni ailleurs en Europe, il n'existe de qualification universitaire en psychothérapie. Dans l'ensemble des pays européens les candidats au titre de psychothérapeute doivent compléter leur formation de médecin ou psychologue par des stages d'apprentissage de la pratique psychothérapeutique offrant l'expérience d'une supervision de leur travail d'initiation, voire une psychothérapie personnelle dite de formation. La durée de

cette formation post-master varie de trois à quatre années avec un nombre d'heures de pratique supervisée allant de 200 à 450 heures. Quant à la démarche de psychothérapie personnelle dite de formation requise dans certains pays (Suisse, Royaume Uni et Pays Bas) elle varie entre 30 heures et 50 heures.

Dans 6 pays (République Tchèque, Italie, Croatie, Allemagne, Pays Bas, Royaume Uni) il existe des formations courtes pour un exercice en « *counselling* » ou techniques comportementales ou de rééducation psychiatriques accessibles à des professionnels titulaires d'une licence en psychologie ou d'un diplôme d'infirmier: ceci ouvre un droit au titre d'*assistant psychothérapeute*.

Depuis 2008 il existe au Royaume Uni une volonté de promouvoir les *thérapies psychologiques* (IAPT : Improving Access to Psychological Therapies) . Le but est d'assurer un meilleur traitement pour les patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs de faible intensité afin de limiter les prescriptions inappropriées de médicaments psychotropes. Le modèle IAPT est structuré en plusieurs niveaux : de l'intervention d'un conseiller (ou « praticien pour le bien-être psychologique ») jusqu'à des psychothérapies spécialisées. Il revient au médecin généraliste d'orienter les patients vers ce dispositif. Une évaluation rapporte que 60% des personnes incluses ont été significativement améliorées au plan symptomatique anxieux et dépressif ainsi qu'au plan fonctionnel. Près de la moitié des patients ont répondu aux critères de rémission. Une évaluation médico économique conclut que pour 1 euro investi une économie de 1,75 euros est réalisée.

En Suisse ou le titre de psychothérapeute est délivré après une formation théorique et pratique spécifiques dont les volumes horaires et contenus des programmes universitaires sont strictement définis pour les futurs psychiatres (susceptibles d'accéder au titre de psychiatre-psychothérapeute) et pour les psychologues aspirant à ce titre, l'indication d'une psychothérapie ayant droit à une prise en charge assurantielle doit être posée par un psychiatre qui peut déléguer ce traitement à un psychologue psychothérapeute .Dans tous les cas, la durée de la psychothérapie ne peut excéder 40 séances sans justification auprès de l'organisme payeur.

En Belgique le psychothérapeute est soit psychiatre, soit médecin spécialisé pour la pratique d'un type de psychothérapie soit «psychologue de santé» (ou «clinicien») soit «orthopédagogue». Les conditions d'accès au titre de psychothérapeute sont similaires aux exigences britanniques, suisses, allemandes et néerlandaises: 400 heures de formation théorique réparties sur quatre années et autant de pratique supervisée. Une prescription psychiatrique peut ouvrir droit à remboursement.

En Lettonie, Allemagne et Autriche il existe une spécialité médicale à part entière : *spécialiste en psychosomatique et psychothérapie obtenue après* quatre années de formation spécialisée comprenant une formation en psychothérapie (sur le même modèle que les exigences belges) et des stages en psychiatrie, neurologie et gastroentérologie.

En Belgique, au Royaume Uni et aux Pays Bas une re-certification périodique du psychothérapeute (tous les cinq ans) est exigée.

G-De nécessaires évolutions

L'expérience d'une prise en charge financière de thérapies non médicamenteuses «brèves» (10 séances éventuellement renouvelées après avis spécialisé) pour troubles psychiques «légers» engagée par la CNAM s'est inspirée d'organisations en place dans d'autres pays. Cette expérience initialement menée dans 4 départements pilotes apparait un succès en termes de faisabilité-acceptabilité: depuis 2018, plus de 700 psychothérapeutes y ont participé

(dont 40% psychologues) et 80% de MG du territoire ont prescrit 1 fois au moins un tel soin. Son extension sur l'ensemble du territoire national est en cours.

De cette expérience il faut retenir la facilitation du travail du MG face à des plaintes de mal-être psychique. Ceci fonde la décision de financer la présence de professionnels psychologues dans des maisons médicales pluri professionnelles (mesure 31 du Ségur de la Santé) .

Il faudra veiller à ce que la facilité d'orientation vers un psychothérapeute en proximité géographique et professionnelle ne soit pas une incitation à renoncement de la part d'écoute bienveillante et d'accompagnement inhérente au métier de médecin généraliste.

Plusieurs autres expérimentations sont en place .Leur diversité pourrait laisser penser à une suite d'improvisations ponctuelles plus qu'à une démarche structurante pourtant indispensable: dispositif de soins partagés en psychiatrie dans les Yvelines et à Toulouse; SP-ADepress: parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie en Mayenne et en Maine et Loire; PSYCOG: intervention de psychologues auprès du patient et/ou l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées; passeport BP proposant une prise en charge intégrée de patients atteints de trouble bipolaire; microstructures médicales post Covid pour accompagnement médical , social et psychologique des patients fragilisés par la Covid-19; Mission retrouve ton cap pour «obésité et surpoids» chez le jeune enfant; Forfait diététicien et psychologue pour «troubles psychiques et autres»; chèque Psy Etudiants dans le contexte de la pandémie Covid

A l'initiative de la Mutualité Française les complémentaires santé ont mis en place une expérimentation de remboursement de 4 séances de psychothérapie par un psychologue ou un IPA (infirmier en pratique avancée en santé mentale) sur prescription médicale.

L'expérimentation Ecoute'Emoi menée par la DGS (2018 -2021) pour des soins psychothérapeutiques gratuits sur prescription médicale pour «souffrant psychique» jeune dans 3 régions en lien avec les Maisons Départementales des Adolescents vise à faciliter la coordination des acteurs sanitaires, scolaires et universitaires. L'objectif d'inclusion de 500 adolescents dans chacune des 3 régions au sein desquelles est menée l'expérimentation a été atteint: chaque adolescent a bénéficié en moyenne de 10 séances de psychothérapie. Une extension de cette expérimentation pour des jeunes de 6 à 21 ans dans plusieurs régions a été décidée en juillet 2021.

Dans les régions sont labellisées des structures de réhabilitation dites de proximité pour les unes, de recours pour d'autres: elles utilisent des outils tels que éducation thérapeutique, remédiation cognitive, thérapie cognitive comportementale.

Outre la volonté de répondre mieux aux besoins de la population, tous ces dispositifs «visent aussi à mieux associer les psychologues sans totalement clarifier leur place» (8). Or la même mission IGAS posait la question de la formation des psychologues: «le cadre de formation des psychologues est hétérogène et peu lisible pour les autorités sanitaires» et « e titre de psychologue clinicien est employé sans cadre établi».

Un aspect futur tient au développement des nouvelles technologies et leurs apports à de nouvelles modalités pratiques de psychothérapies: du smartphone ou la visioconférence jusqu'à l'utilisation de la réalité virtuelle.

H- Quelles perspectives ?

Toute trajectoire humaine est porteuse de confrontation à des périodes de mal-être psychique à l'occasion d'une rupture affective, professionnelle , d'une maladie... : l'écoute empathique et les éventuels conseils d'un tiers professionnel peuvent alors être une aide opportune.

L'Académie nationale de médecine rappelle qu'un état de mal-être pose la question d'un possible diagnostic médical et, s'ensuivant, d'un traitement dont les psychothérapies sont un des possibles constituants: bien utilisées, thérapeutiques biologiques et thérapies psychologiques sont complémentaires.

Il est établi que des modalités psychothérapeutiques ont apporté la preuve de leur efficacité pour le traitement de troubles spécifiques: les entretiens motivationnels pour les troubles addictifs, la remédiation cognitive pour les troubles psychotiques, l'hypnose pour les pathologies

douloureuses, les thérapies cognitivo-comportementales pour les phobies, les troubles des conduites alimentaires ou les états dépressifs d'intensité modérée, la méditation pour les troubles émotionnels... La théorie freudienne guide volontiers l'écoute du praticien, la mise en perspective de la plainte dans l'histoire de la personne. Mais le champ des psychothérapies ne saurait se référer à une théorie unique, sinon la volonté d'entendre ce que la personne veut exprimer. Telle est cette catégorie de psychothérapie parfois désignée comme psychothérapie du médecin généraliste en mission d'écouter avec empathie la plainte physique ou psychique de son patient. Bien utilisée la présence de professionnels ayant une compétence de psychothérapeute à proximité du médecin de première ligne annonce une offre porteuse de plus grande disponibilité à cette écoute

Il faut cependant prendre en compte le fait que la pratique du psychothérapeute ira requérant de plus en plus de préalables :

-connaissance des progrès de la clinique psychiatrique, des évolutions des pratiques de soins dans cette spécialité;

-capacités d'appréciation des aptitudes cognitives, émotionnelles et sociales de la personne à l'aide des outils d'aide à cette évaluation, en particulier aux âges charnières de la vie que sont l'adolescence et le 3ème âge.

La comparaison entre ce qui est exigé en France et dans les pays voisins comme formation préalable à la reconnaissance d'une compétence en psychothérapie révèle un écart que rien ne saurait justifier. La France doit se doter d'un référentiel structurant les offres d'enseignement théorique et pratique ouvrant un accès à cette compétence.

Pour le nécessaire apprentissage de la clinique psychiatrique et de ses dimensions psychopathologiques aussi bien que physiopathologiques, avant de prétendre au titre de psychothérapeute, des conventions devront être établies entre les structures accréditées pour la formation aux activités de psychothérapie et les établissements sanitaires à l'instar de ce qui existe pour les écoles de médecine: il serait notamment opportun de mettre en place un internat clinique de 1 an au moins pour les futurs psychologues .

L'Académie nationale de médecine recommande :

- 1) Une amélioration de la formation préalable à l'obtention du titre de psychothérapeute s'inspirant de ce qui est pratiqué dans d'autres pays européens, notamment afin de garantir la capacité du psychothérapeute à déceler les situations relevant d'une intervention médicale et ainsi sécuriser le parcours du patient.
- 2) Un engagement des pouvoirs publics à travers l'Agence Nationale de la Recherche et les organismes ayant charges de financements pour susciter et soutenir des programmes de recherche permettant d'évaluer chaque type de psychothérapie et d'en préciser mieux les indications. Ces études sont notamment nécessaires pour justifier une prise en charge par la solidarité nationale.
- 3) La prise en compte de l'opportunité d'une évaluation médicale précédant la prescription d'une psychothérapie. Le choix de la méthode doit répondre aux attentes de la personne et examiner l'éventail des modalités psychothérapeutiques disponibles.
- 4) La mise en place d'un cadre déontologique et règlementaire des pratiques psychothérapeutiques notamment au regard du secret professionnel, de l'accès aux informations médicales, de la responsabilité professionnelle.
- 5) Une labellisation des outils numériques utilisables pour certaines modalités psychothérapeutiques à l'instar de ce qui est en vigueur pour les dispositifs médicaux.

Références bibliographiques

- 1 Wampold BE, Contextualizing psychotherapy as a healing practice: culture, history and methods, Applied and Preventive Psychology,2011,10,69-86
- 2 de Pablo GS, de Michaeli A, Nieman DH, Universal and selective intervention to promote good mental Health in young people: systematic review and meta-analysis, European Neuropsychopharmacology,2020,41,28-39
- 3 Stip E, Maintenant qu'elle est bien découverte , la psychothérapie devrait être couverte!, Santé mentale au Québec, 2015, 40,(4), 7-14
- 4 Expertise collective Psychothérapies. Trois approches évaluées, Les Editions Inserm, 2004 , XII,553 pages
- 5 Linden DEJ, How psychotherapy changes the brain: the contribution of functional neuro imaging, Molecular Psychiatry , 2006 , 11:525-538
- 6 Lechinger J, Koch J et al. REM density is associated with treatment response in major depression: antidepressant pharmacotherapy versus psychotherapy. J. Psychiat. Res. 2021,133: 67-72
- 7https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=map_complex&profession=1
- 8 Prise en charge coordonnée des troubles psychiques: état des lieux et conditions d'évolution, rapport IGAS, octobre 2019, 130 pages

Personnalités auditionnées

J.N.Despland, Professeur Psychiatrie ,responsable formation psychothérapies,Lausanne
B.Falissard, membre de l'Académie nationale de médecine ,Paris
F.Bellivier,Délégué Ministériel Santé Mentale et Psychiatrie , Paris
S.Oustric, Président CNU Médecine Générale, Membre du CNOM , Toulouse
E.Constant,Professeur Psychiatrie,Liège
R.J.van der Gaag, Professeur Psychosomatique et Psychotherapy , Riga Stradina University , Riga
S.Schramm,Médecin CNAM , Paris
V.Kapsambelis, Psychiatre, Membre titulaire SPP ,Paris
M.Lejoyeux, Président Commission Nationale Psychiatrie ,Paris
D.Cohen, Président CNU Psychiatrie Enfant et Adolescent ,Paris
J.Cottraux, Psychiatre fondateur AFTCC ,Lyon
R.Gaillard, Président CNU Psychiatrie ,Paris
S.Callahan, Professeur Psychologie, Présidente AFTCC , Bordeaux
F.Levy, Psychiatre, Paris
M.Bensoussan, Président Syndicat Psychiatres Français , Toulouse
S.Raffard, Professeur Psychologie , Montpellier
Z.Bissa, DGS , Paris
A.Sauteraud, Psychiatre-Psychothérapeute , Bordeaux
S.Salgado ,Directrice Santé, Mutualité Française
N.Leblanc , Médecin Mutualité Française
Cohen-Solal , médecin généraliste, Directeur Mutualité Française
G.Mondière etB.Schneider , Fédération Française des Psychologues et de Psychologie
B.Vallet , ARS Hauts de France
L.M.Issanchou , DGS
C.Perdrix , Professeur de Médecine Générale , Lyon

ANNEXE 1 : Modifications cérébrales et Psychothérapies

Corrélat anatomo-fonctionnels (neuroimagerie) et biologiques

Depuis les années 1990, de nombreuses études en neuroimagerie tentent de mettre en évidence les modifications cérébrales survenant lors des psychothérapies. Ces approches font appel à différentes méthodes : IRM, IRMf, TEP, SPECT¹... et fournissent des informations sur les structures et leurs fonctions [activation résultant de la circulation cérébrale locale (rCBF) et du signal BOLD]¹ ou du métabolisme du glucose grâce à des marqueurs tel le ¹⁸F-FDG. Ces techniques sont mises en œuvre dans différents types de psychothérapie² : TCC, TIP, TCD, TP, EMDR... pour essentiellement les pathologies suivantes: trouble obsessionnel compulsif (TOC), troubles anxieux [phobies, état de stress post-traumatique (ESPT)...], dépression, états border-line...

Ces méthodes exigent des protocoles précis: (a) définir chez des patients, avec peu ou pas de comorbidités, un niveau d'activité de base pour les structures étudiées et ce, en comparaison avec des sujets contrôles; (b) déterminer chez les patients, les sujets «répondeurs» et «non répondeurs» à la psychothérapie; (c) mener des études comparatives entre groupes de patients traités soit par la psychothérapie soit par la pharmacothérapie; (d) amplifier les dysfonctionnements cérébraux en ayant recours, pendant les séances de psychothérapie, à des protocoles de déclenchement des symptômes cliniques.

Le Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

En situation de prétraitement, l'IRMf et la TEP révèlent une hyperactivité du noyau caudé droit associée à une hyperactivité bilatérale du cortex orbito-frontal (COF) et du cortex cingulaire antérieur (CCA). Cette situation, exacerbée par les tests de provocation, traduit un emballement des boucles orbito-striato-thalamique et limbique hautement impliquées dans la détection des erreurs, la gestion des conflits et le contrôle cognitif et émotionnel. Après, en moyenne quatre mois de traitement par TCC, surviennent, en concomitance, une amélioration clinique et une normalisation des anomalies en neuroimagerie. De plus, les études comparatives menées avec un traitement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS telle la fluoxétine) se soldent par des résultats très similaires. Il faut mettre à part le cas du TOC « accumulateur » (hoarding) qui présente une imagerie très différente. Ici on observe une nette baisse du métabolisme du CCA dans sa partie dorsale et de mauvais résultats avec la psychothérapie.

Par ailleurs, une approche thérapeutique par le neurofeedback couplant EEG quantifié et IRMf procure des données, en temps réel, sur la concordance de l'amélioration clinique avec les modifications électrophysiologiques et en neuroimagerie.

Phobies

La phobie des araignées a été particulièrement étudiée avec l'IRMf. Une première étude montre qu'en situation de prétraitement, la technique de provocation (images aversives) induit une augmentation d'activité du cortex préfrontal dorso-latéral (CPFDL) droit et du gyrus parahippocampique. Après quelques séances de TCC, la symptomatologie phobique disparaît et, simultanément, l'activité corticale se normalise. Dans une autre étude, on retrouve une activation anormale portant sur le CCA et les deux insulae. Là aussi, après TCC, la réponse

¹ TEP: Tomographie par émission de positons; SPECT: Tomographie par émission monophotonique; rCBF: regional cerebral blood flow; BOLD : blood-oxygen-level dependent.

² TCC: Thérapie cognitivo-comportementale, TIP: Thérapie interpersonnelle; TCD Thérapie comportementale dialectique; TP: Thérapie psychodynamique; EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing: Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.

affective suscitée par les présentations aversives s'atténue corrélativement à la réduction d'activité dans les aires corticales concernées.

Dans le cas de la **phobie sociale**, la technique de provocation (faciès hostiles, répulsifs) instaure une hyperactivité de l'amygdale et de l'hippocampe. Après traitement soit par TCC soit par IRS (citalopram) survient une réduction des signes cliniques de façon concomitante à la normalisation de l'imagerie cérébrale.

Etat de stress post-traumatique (ESPT)

Plusieurs études (IRMf et TEP) retiennent le rôle prévalent de certaines structures de l'hémisphère droit. L'hippocampe présente une réduction de volume avec hypoactivité alors que l'amygdale est activée de façon exacerbée par des stimuli négatifs (peur, menace) relatifs ou non à l'événement traumatique. Par ailleurs, l'ESPT est, en général, associé à une diminution de volume et une hypoactivation du CPF ventro-médian et du CCA ventral. Les tests de provocation (rappel du traumatisme par scénarios ou flashbacks) induisent une augmentation du flux vasculaire dans ces structures. Ceci a été rapporté chez des anciens combattants et des enfants victimes d'abus sexuels. De ces données on tire un mécanisme possible de l'ESPT: un contrôle réduit du CPF et du CCA sur l'amygdale qui devient hyperactive d'où un traitement anormal des souvenirs traumatiques. Parmi les interventions psychothérapeutiques, deux sont particulièrement efficaces : la TCC et la Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR). Dans le cas de la TCC, le degré de l'amélioration clinique (contrôle de la réminiscence du souvenir traumatique) est associé à une augmentation d'activation du CCA. Alternativement, l'hyperactivation de l'amygdale est un signe prédictif d'une faible réponse à la TCC. Le traitement par EMDR apporte des données de neuroimagerie concordantes avec celles de la TCC. Pendant la thérapie s'instaure une augmentation du flux sanguin dans les régions parahippocampiques et limbiques et à son décours (plusieurs mois) on observe une normalisation du rCBF dans les secteurs limbiques et une augmentation dans le CPF latéral. Ces résultats sont en cohérence avec un rétablissement de l'inhibition du CPF sur l'emballement de l'amygdale et la reviviscence des souvenirs traumatiques (processus de suppression et d'oubli).

Quelques études en EEG révèlent qu'après EMDR survient une réduction de la cohérence interhémisphérique, phénomène qui traduirait une consolidation des souvenirs traumatiques censurant, dès lors, leurs intrusions pathologiques.

Dépression

Pour la **dépression unipolaire** les données recueillies en neuroimagerie sont hétérogènes et d'interprétation difficile. De plus, les études ont été réalisées en état dit de repos vasculaire et métabolique, c'est-à-dire sans test de provocation. Ainsi, certains rapportent une hypoperfusion de la partie antérieure du cortex préfrontal (CPF) qui se normalise après traitement des symptômes dépressifs. Alternativement, une autre étude mentionne un hypermétabolisme du CPF qui est régularisé tant par la TIP que par les IRS. Dans une approche plus originale, utilisant le ¹⁸F-FDG et la TEP, Goldapple et coll. analysent de façon comparative les modifications cérébrales survenant dans une série de patients traités par TCC (15 à 20 séances) avec celles provenant d'une série de patients traités par IRS (paroxétine). Dans la mesure où il n'y a pas d'anomalies bien caractérisées au repos, sensibilisables par des tests de provocation, ils expriment les résultats par rapport aux effets des traitements respectifs sur le CPF et les aires limbiques (hippocampe, cortex cingulaire postérieur, insula). Paradoxalement, la TCC entraîne une diminution d'activité du CPF et une activation accrue des aires limbiques alors que l'IRS produit une augmentation d'activité du CPFDL avec baisse pour les aires limbiques. Au plan clinique, les auteurs rapprochent ces modifications, pour l'hypoactivation frontale, de la réduction des ruminations et des souvenirs inadaptes et, pour l'hyperactivation limbique, du renfort de l'attention aux stimuli émotionnels. Leur interprétation finale renvoie à «un axe cortico-limbique de la dépression» qui serait mise en jeu soit de façon «top-down» par le CPF soit de façon «bottom-up» par le système limbique et les aires sous-corticales. Un point de convergence entre ces deux approches opposées se situerait au niveau des ganglions de la base (GB). En effet, on a observé une augmentation d'activité des GB à

droite de façon concomitante à l'amélioration d'états dépressifs en réponse tant à la TIP qu'au traitement avec la venlafaxine (IR combiné de la sérotonine et la noradrénaline).

Une étude récente, menée chez des patients déprimés sévères s'appuie sur les caractéristiques polygraphiques du sommeil paradoxal (SP) pour prédire la réponse soit à la pharmacothérapie (IRS) soit à la psychothérapie (TIP). Un haut niveau de mouvements oculaires (MO) pendant le SP prédit une bonne réponse aux IRS alors que l'inverse s'observe dans le cas de la réponse à la TIP. Cette dérégulation «haut niveau de MO» représenterait un endophénotype de dépression qui déterminerait le choix IRS contre TIP.

Etats border-line (EBL)

Les études en IRMf concernent des petites séries et sont conduites lors de psychothérapies psychodynamiques (TP) et surtout de thérapies comportementales dialectiques (TCD) avec tests de provocation destinés à évaluer le contrôle des émotions. D'une façon générale, après trois à quatre mois de TCD on observe une baisse d'activation du CCA et du CPF au niveau de l'hémisphère droit. Plusieurs auteurs interprètent les modifications d'activité du CCA comme la traduction d'un meilleur contrôle cognitif exercé sur les réponses impulsives liées à la dérégulation des émotions. D'autres études rapportent que l'hyperactivité de l'amygdale et de la région fronto-temporale présente dans les EBL est réduite, voire normalisée, après la mise en œuvre de la TCD. Récemment, le couplage de deux scanners a autorisé la réalisation d'IRMf simultanée chez deux sujets exécutant une tâche oculo-motrice coopérative. Dans le cas de deux sujets contrôles on observe une synchronisation de flux (rCBF) au niveau des deux jonctions temporo-pariétales droites, régions impliquées dans la cognition sociale. Alternativement, l'examen pratiqué chez un sujet contrôle et un patient EBL révèle que cette synchronisation devient impossible. Toutefois, le même examen chez un sujet contrôle et un patient EBL en rémission (post psychothérapie) révèle le retour de la synchronisation. Cette analyse «cerveau-croisé» fournit des corrélats reflétant l'état fonctionnel d'ensembles neuronaux intervenant dans la dynamique des relations interpersonnelles. Elle rend compte de son dysfonctionnement dans les EBL et de sa correction possible.

Par ailleurs, certains travaux suggèrent que l'état de méthylation du BDNF peut varier au cours de la psychothérapie chez les patients présentant des EBL et induire des fluctuations cognitives. Enfin, une étude récente montre qu'un haut niveau de méthylation des gènes APBA3 et MCF2 chez les patients EBL est prédictif d'une bonne réponse à la TCD.

Mécanismes moléculaires de la psychothérapie

La seule imagerie fonctionnelle ne suffit pas pour expliquer les bases moléculaires des modifications cérébrales qu'elle permet d'observer. L'utilisation de radiotraceurs en TEP et SPECT a jeté quelques bases explicatives grâce au radiomarquage, en particulier du transporteur à la sérotonine (TSER) et à l'inhibition qu'exerce à son encontre les IRS. L'imagerie moléculaire visualise la liaison des IRS avec le TSER marqué au niveau des structures où l'imagerie fonctionnelle révélait déjà une baisse à la fois du flux vasculaire (rCBF) et du métabolisme du glucose. Ceci vaut particulièrement pour le striatum et le TOC, l'amygdale et les phobies sociales ou, en partie, la dépression. Par ailleurs, l'intervention du TSER, dans la recapture de la sérotonine, demande de l'énergie et est ATP-dépendante. Ainsi, la réduction d'activité de ces aires après traitement par les IRS reflète une diminution d'activité du TSER. Cette situation est à rapprocher de la réduction tant du flux vasculaire que du métabolisme du glucose dans ces mêmes structures après traitement par TTC.

La similarité des données recueillies par l'imagerie fonctionnelle et moléculaire montre une convergence des voies neurales qui interviennent à la fois dans la pharmacothérapie et la psychothérapie. Des résultats voisins concernant l'impact des psychothérapies sur le système sérotoninergique sont rapportés pour les EBL et les troubles anxieux.

Conclusion

La recherche de corrélats anatomo-fonctionnels (neuroimagerie) et biologiques vise à mieux comprendre comment des approches non pharmacologiques sont susceptibles de modifier les structures cérébrales et leur connectivité. Les psychothérapies comme les TCC, TIP, TCD et

EMDR engendrent des améliorations cliniques substantielles grâce à la plasticité cérébrale. C'est le cas pour certaines pathologies: TOC, trouble anxieux (phobies, ESPT...) et à un moindre degré dépression ou EBT. Les anomalies observées dans ces pathologies sont le plus souvent situées dans l'hémisphère droit et localisées sur des structures intégrées dans les boucles orbito-frontale et limbique intervenant dans la régulation des émotions. L'intervention psychothérapeutique tend à recréer, dans ces réseaux dérégulés, une dynamique proche de la normale. De plus, l'imagerie couplée aux radioligands explique, pour partie, certains mécanismes moléculaires intervenant à la fois dans la pharmacothérapie et les psychothérapies et met en lumière la convergence des systèmes neuronaux impliqués dans la genèse des effets cliniques.

D'autres approches renseignent sur les effets «régularisants» des psychothérapies comme l'EEG ou la somnographie (TOC, ESPST, dépression...). De plus, des changements plus structuraux sont susceptibles de résulter des psychothérapies telles des modifications d'ordre épigénétiques...

Enfin, la détection de ces corrélats doit inciter à ne pas tomber dans des explications physiopathologiques réductionnistes en gardant présent à l'esprit que démêler ce qui est cause ou conséquence demeure d'une grande complexité. Il serait vain d'opposer les différents types de prise en charge.

Bibliographie

- 1-Linden DEJ. How psychotherapy changes the brain: the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*. 2006, 11: 525-538
- 2-Nitschke JB, Heller W. The neuropsychology of anxiety disorders: Affect, Cognition and Neural Circuitry. *Biological Psychiatry*, Edited by H D'haenen, JA den Boer and P Willner. John Wiley & Sons Ltd. 2002, pp: 975-988
- 3-Karlsson H. How psychotherapy changes the brain. *Psychiatric Times*. 2011, 28: 8-13
- 4-Baxter LR, Schwartz JM et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992, 49, 9: 681-689
- 5-Saxena S, Brody AI et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am. J. Psychiatry*. 2004, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.1038>
- 6-Hammond DC. QEEG-Guided Neurofeedback in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neurotherapy*. 2003, 7,2: 25-52
- 7-Gonçalves O et al. Real-time functional magnetic resonance imaging in obsessive – compulsive disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2017, 13: 1825-1834
- 8-Porcu M, Balestrieri A et al. Clinical neuroimaging markers of response to treatment in mood disorders. *Neurosciences Letters*. 2018, 669: 43-54
- 9-Goldapple K, Segal Z et al. Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004, 61: 34-41
- 10-Lechinger J, Koch J et al. REM density is associated with treatment response in major depression: antidepressant pharmacotherapy versus psychotherapy. *J. Psychiat. Res.* 2021,133: 67-72
- 11-Marceau EM, Meuldijk D et al. Biomarker correlates of psychotherapy outcomes in borderline personality disorder. A systematic review. *Neuroscience and Behavioral Reviews*. 2018, 94: 166-178
- 12-Bilek E, Stoessel G. State-Dependent Cross-Brain Information Flow in Borderline Personality. *JAMA Psychiatry*. 2017, 74, 9: 1682
- 13-Degeilh F, Viard A et al. Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique: résultats comportementaux et neuroimagerie. *Revue de Neuropsychologie*. 2013, 5: 45-55
- 14-Pagani M, Högberg G et al. Corrélats de la thérapie EMDR en imagerie fonctionnelle et structurelle: un résumé critique des résultats récents. *Journal of EMDR*. 2014, 8 : E29-E40

ANNEXE 2 : formation et offre en psychothérapie autour de nous en Europe

L'activité de psychothérapeute figure parmi les 5000 professions réglementées au sein de la Communauté Européenne (EU) et pays associés (Confédération Helvétique, Norvège, Lichtenstein).

[https://ec.europa.eu/growth/tools-](https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=map_complex&profession=1610)

[databases/regprof/index.cfm?action=map_complex&profession=1610](https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=map_complex&profession=1610)

Cependant les définitions de cette activité sont hétérogènes d'un pays à l'autre, tout comme l'organisation de l'offre, les modalités de protection du titre de psychothérapeute, les conditions de formation initiale .Ceci peut étonner alors qu'existe une libre circulation au sein de l'UE des titulaires d'une compétence professionnelle .

Dans 7 pays (dont la Belgique) le titre de psychothérapeute est protégé .

Dans 3 pays (Suisse, Belgique, République Tchèque) certaines activités sont réservées aux professionnels reconnus compétents en psychothérapie .

Nulle part en Europe, la pratique psychothérapique n'est considérée comme une profession

(fr)



LE MARCHÉ UNIQUE DE L'UE
Base de données des professions réglementées

Commission Européenne > Marché Intérieur > Libre circulation des professions
> La base de données des professions réglementées

CARTE INTERACTIVE

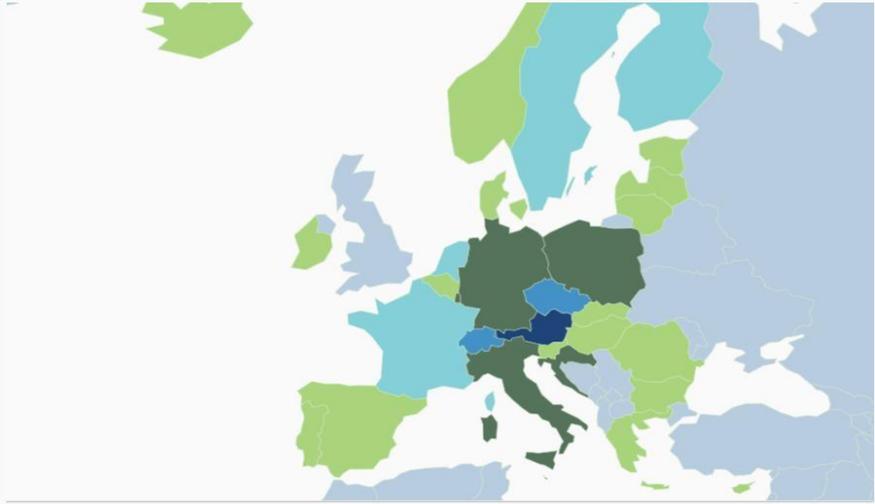


Répartition par secteur économique
Décisions de reconnaissance
Point de contact national
Type de réglementation par pays
Type de réglementation par profession

Professions

Psychothérapeute

-  Belgique (0)
-  Bulgarie (0)
-  République tchèque
- (3)
-  Danemark (0)
-  Allemagne (2)
-  Estonie (0)
-  Irlande (0)
-  Grèce (0)
-  Espagne (0)
-  France (1)
-  Croatie (2)
-  Italie (2)
-  Chypre (0)
-  Lettonie (0)
-  Lituanie (0)
-  Luxembourg (1)
-  Hongrie (0)
-  Malte (1)
-  Pays-Bas (1)
-  Autriche (1)
-  Pologne (3)
-  Portugal (0)
-  Roumanie (0)
-  Slovénie (0)



Légende

- Réserves d'activités et titre protégé**
Cette couleur désigne les pays pour lesquels, pour la profession sélectionnée, il existe à la fois des activités réservées et une protection du titre.
- Réserves d'activités**
Cette couleur désigne les pays pour lesquels, pour la profession sélectionnée, certaines activités sont réservées aux détenteurs d'une qualification professionnelle spécifique. Cela peut inclure des cas où il existe des activités réservées partagées avec d'autres professions réglementées.
- Titre protégé (sans réserves d'activités)**
Cette couleur désigne les pays pour lesquels, pour la profession sélectionnée, seul le titre est protégé.
- Plusieurs types de réglementation**
Cette couleur désigne les pays pour lesquels plusieurs professions réglementées sont regroupées sous la profession sélectionnée, chacune ayant un type de réglementation différent (par exemple dans les cas où pour certaines professions réglementées regroupées sous une profession générique donnée il existe des réserves d'activités, alors que pour d'autres uniquement le titre est protégé).
- Autre**
Cette couleur est utilisée pour les professions pour lesquelles un autre type de réglementation que ceux repris ci-dessus s'applique.
- Aucune information soumise**
Cette couleur indique qu'aucune information sur le type de réglementation applicable n'a été communiquée par le pays qui réglemente la profession sélectionnée.
- Profession non réglementée**
Cette couleur désigne les pays pour lesquels la profession sélectionnée n'est pas réglementée.

Les désignations employées et les informations présentées sur la carte de l'Europe ne représentent en aucun cas une prise de position officielle de la part de l'Union européenne concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire ou d'une zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou de ses limites.

à part entière : hors la maîtrise en psychanalyse acquise dans certaines universités françaises il n'existe pas de qualification universitaire en psychothérapie.

Le titre de psychothérapeute est obtenu par la reconnaissance d'une «compétence» à l'issue d'une formation post-master (de deux à quatre années) principalement ouverte à deux qualifications de base : médecine ou psychologie.

Exceptionnellement des titulaires d'un master en sociologie, philosophie ou théologie ayant suivi un enseignement en psychopathologie, sont admis dans ces formations post-master. Dans 6 pays (République Tchèque, Belgique, Croatie, Belgique, Pays Bas, Royaume Uni) il existe des formations courtes pour un exercice en «*counselling*» ou techniques

comportementales ou de rééducation psychiatriques ouvertes à des professionnels titulaires d'une licence en psychologie ou d'un diplôme d'infirmier : ceci ouvre un droit au titre d'*assistant psychothérapeute*.

Dans l'ensemble des pays européens, les candidats au titre de psychothérapeute doivent compléter leur formation de médecin ou de psychologue par des stages de pratique psychothérapique permettant une supervision de leur travail d'initiation, voire une psychothérapie personnelle dite de formation.

La durée de cette formation post-master varie de trois à quatre années avec un nombre d'heures de pratique supervisée allant de 200 à 450 heures.

Quant à la démarche de psychothérapie personnelle, dite de formation, requise dans certains pays (Suisse, Royaume Unie et Pays Bas), elle varie entre 30 heures et 50 heures. En Pologne, le titre de psychothérapeute peut être attribué à des professionnels (infirmiers/infirmières – psychologues) spécialisés dans des techniques de sevrage et suivi en addictologie.

Pour les usagers l'accès à une psychothérapie est également très différent d'un pays à l'autre.

En Suisse, l'indication d'une psychothérapie doit être posée par un psychiatre. Belgique peut orienter le patient vers un psychothérapeute-psychologue : dans ce cas il reste en responsabilité de l'évolution de cette thérapie. Dans ce pays le titre de psychothérapeute n'est délivré par l'autorité fédérale qu'à la condition d'une formation théorique et pratique délivrée par l'université dont volume et contenu sont clairement définis. Ceci vaut pour les psychiatres et pour les psychologues .

En Belgique, le psychothérapeute est reconnu comme professionnel de santé, soit psychiatre, soit médecin spécialisé, après une formation post-master pour la pratique d'un type de psychothérapie. Ce parcours est accessible aux psychologues de santé (ou cliniciens) et aux «orthopédagogues». Les conditions d'accès au titre de psychothérapeute ressemblent beaucoup aux exigences britanniques, suisses, allemandes et néerlandaises : 400 heures de formation théorique réparties sur quatre années et autant de pratique supervisée. Ces conditions s'appliquent aussi aux psychiatres. Une prescription psychiatrique peut ouvrir droit à remboursement.

En Lettonie, en Belgique et en Belgique, il existe une spécialité médicale à part entière : *spécialiste en psychosomatique et psychothérapie*, obtenue après quatre années de formation spécialisée comprenant une formation en psychothérapie (sur le même modèle que les exigences belges) et des stages en psychiatrie, neurologie et gastroentérologie. Cette spécialité médicale ne figure pas dans la liste des qualifications au niveau européen. Autre exemple en Australie où, depuis 2006, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent bénéficier de 6 à 10 séances gratuites de psychothérapie dispensées en soin primaire par des médecins généralistes, des psychiatres voire des professionnels non médecins. En Belgique, au Royaume Uni et aux Pays Bas une re-certification périodique du psychothérapeute (tous les cinq ans) est exigée .

Il existe en Europe une pléthore d'associations représentant des spécialités différentes en psychothérapie : Bioenergetic Analysis , Biosynthesis Therapy , Body Psychotherapy , Bonding Psychotherapy , Hypno Psychotherapy , Integrative Psychotherapy , Logotherapy , Personcentered Psychotherapy , Psycho-Organic Analysis , Psychoanalysis , Interpersonal psychotherapy , Psychodrama , Psychosynthesis , Systemic Familytherapy , Transactional Analysis ...

Toutes ces associations sont réunies dans l'European Association for Psychotherapy (EAP) qui compte des membres dans 53 pays européens (de l'Atlantique à l'Oural). Ces membres peuvent obtenir un ECP (European Certificate for Psychotherapy) si ils satisfont aux normes de formation initiale théorique et pratique, et aux obligations de formation

continue édictées par l'EAP .

(https://www.europsyche.org/app/uploads/2019/05/Final-Core-Competencies-3_July2013.pdf).

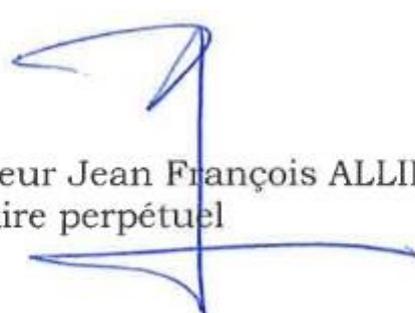
v-3-

Alors que l'EAP répertorie 19 catégories distinctes de psychothérapie, une discipline ne figure pas : la psychothérapie comportementale et cognitive (TCC). A l'échelle européenne les praticiens en TCC sont réunis dans l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies <https://eabct.eu>. L'EABCT a des standards théoriques et pratiques et un système d'accréditation des formations similaires à ceux de l'EAP .

Une différence entre « EAP » et « EABCT » mérite attention : alors que l'EAP valide une technique reposant sur «l'évidence clinique des experts », l'EABCT ne valide qu'une technique qu'après qu'ait été apportée la preuve de son efficacité par une, voire plusieurs, études randomisées en double aveugle.

Depuis 2008 il existe au Royaume Uni une volonté de promouvoir les *thérapies psychologiques*. Cette action a été lancée de concert par la NHS (National Health Service) et l'UKCP (UK Council for Psychotherapy) sous l'acronyme IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). .Le but est d'assurer un meilleur traitement pour les patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs de faible intensité afin de prévenir l'onéreuse « *fixation somatique* » (maux de tête, douleurs ou palpitations cardiaques, troubles gastro-intestinaux etc.) exprimant des souffrances anxieuses ou dépressives et de limiter les prescriptions inappropriées de médicaments psychotropes. Le modèle IAPT est structuré en plusieurs niveaux : de l'intervention d'un conseiller (ou «praticien pour le bien -être psychologique») notamment à l'aide de TCC par ordinateur jusqu'à des psychothérapies hautement spécialisées. Il revient au médecin généraliste d'orienter les patients vers ce dispositif qui inclut les interventions de plusieurs catégories de professionnels : médecin généraliste, conseiller, infirmier, travailleur social, psychologue clinicien (titulaire d'un Doctorat), psychiatre.

Pour copie certifiée conforme



Professeur Jean François ALLILAIRE
Secrétaire perpétuel